

Семенова В.Г.<sup>1,2</sup>, Иванова А.Е.<sup>1,2</sup>, Сабгайда Т.П.<sup>1-3</sup>, Зубко А.В.<sup>2,3</sup>, Михайлов А.Ю.<sup>3</sup>, Евдокушкина Г.Н.<sup>1-3</sup>, Запорожченко В.Г.<sup>3</sup>

## Социально-экономическая детерминация возрастного профиля суицидальной смертности в России

<sup>1</sup>ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия;

<sup>2</sup>«Институт демографических исследований» — обособленное подразделение ФГБУН «Федеральный научно-исследовательский социологический центр» Российской академии наук, 119333, Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, Москва, Россия

**Целью** исследования является анализ суицидальной смертности в постсоветской России в контексте ее возрастных изменений и факторов, определяющих эти процессы.

**Материал и методы.** Для анализа ситуации использованы данные Росстата за 1989–2018 гг., рассчитанные в системе ФАИСС-Потенциал (Фактографическая аналитическая информационно-статистическая система). Рассмотрены возрастные и стандартизованные (европейский стандарт возрастной структуры населения) показатели по причинам смерти в соответствии с МКБ-10.

**Результаты.** В период кризисов возрастной профиль суицидальной смертности характеризуется выраженной гендерной спецификой. В мужской популяции — это плато сверхсмертности в трудоспособных возрастах с локальным (а иногда и абсолютным) максимумом в 50–59 лет, причем различия с некризисными периодами определяются прежде всего молодыми трудоспособными возрастными группами. В женской популяции «кризисный» возрастной профиль суицидальной смертности характеризуется устойчивым восходящим трендом без выраженных максимумов.

**Обсуждение.** Об объективности проблемы недоучета суицидальной смертности свидетельствует сопоставление данных регионов по уровню смертности от официально зарегистрированных самоубийств и латентных суицидов (повешений, падений/прыжков с высоты и лекарственных отравлений). Полусные группы этих регионов являются зеркальными — регионы с низкой смертностью от самоубийств характеризуются высокой латентной суицидальной компонентой.

**Выводы.** Динамика смертности от суицидов в постсоветской России определялась происходящими в ней социально-экономическими изменениями. Социальная детерминация суицидальной смертности находит отражение в ее возрастном профиле: существенном возрастании риска суицида в трудоспособных возрастах в кризисные периоды и сохранении сверхсмертности трудоспособного населения в неблагоприятных по продолжительности жизни территориях даже во внекризисные периоды, а в структуре смертности от суицидов в пожилом и старческом возрастах наблюдается противоположная картина. Общие закономерности детерминации возрастного профиля смертности от самоубийств искажаются ее недоучетом.

**Ключевые слова:** суициды; возрастной профиль суицидальной смертности; латентные суициды; факторная детерминация самоубийств

**Для цитирования:** Семенова В.Г., Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Зубко А.В., Михайлов А.Ю., Евдокушкина Г.Н., Запорожченко В.Г. Социально-экономическая детерминация возрастного профиля суицидальной смертности в России. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2020; 64(5): 243-252. <https://doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-5-243-252>

**Для корреспонденции:** Семёнова Виктория Георгиевна, д-р экон. наук, главный научный сотрудник «Институт демографических исследований» — обособленное подразделение ФГБУН «Федеральный научно-исследовательский социологический центр» РАН, 119333, Москва. E-mail: vika-home@yandex.ru

**Участие авторов:** Иванова А.Е., Семенова В.Г. — концепция и дизайн исследования; Зубко А.В., Евдокушкина Г.Н. — сбор и обработка материала; Семенова В.Г., Сабгайда Т.П., Михайлов А.Ю. — написание текста; Евдокушкина Г.Н. — статистическая обработка данных; Запорожченко В.Г. — составление списка литературы; Иванова А.Е., Запорожченко В.Г. — редактирование. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Поступила 09.09.2020

Принята в печать 22.09.2020

Опубликована 06.11.2020

Victoria G. Semyonova<sup>1,2</sup>, Alla E. Ivanova<sup>1,2</sup>, Tamara P. Sabgaida<sup>1-3</sup>, Alexandr V. Zubko<sup>2,3</sup>, Alexandr Yu. Mikhailov<sup>3</sup>, Galina N. Evdokushkina<sup>1-3</sup>, Vyacheslav G. Zaporozhchenko<sup>3</sup>

## Social and economic determinants of the age structure of mortality from suicide in Russia

<sup>1</sup>Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, Moscow, 115088, Russia;

<sup>2</sup>Institute for Demographic Research — Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, 119333, Russia;

<sup>3</sup>Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, Moscow, 127254, Russia

The **purpose** of the study is to analyze mortality from suicide in the post-Soviet Russia in terms of its age-related changes and determinants.

**Material and methods.** The authors used data of the Federal State Statistics Service (Rosstat) calculated in the FAISS-Potential system (Factographic analytical information and statistical system) for the period 1989–2018 as well as age and standardized (European standard population) indices by death causes according to ICD-10.

**Results.** During crises, the age structure of mortality from suicide is highly gender-specific. In males, there is a plateau of super mortality in working ages with a local (and sometimes absolute) maximum in persons aged 50–59 years; the difference from the non-crisis periods is mainly determined by young working ages. In females, the “crisis” age structure of suicide mortality is characterized by a stable upward trend without any pronounced maxima.

**Discussion.** Comparing regions by mortality from officially registered suicide, on the one hand, and latent suicide (hanging, fall/jump from a height, and drug poisoning), on the other hand, substantiates objectivity of this problem — namely, a significant underestimation of mortality from suicide. The study shows the opposite groups of these regions to mirror each other, i.e. regions with low mortality from suicide are characterized by a significant latent suicide component.

**Conclusions.** Dynamics in suicide mortality in the post-Soviet Russia was determined by its social and economic changes. A social determinant of mortality from suicide is reflected by its age structure: there is a significant increase in the risk of suicide in working-age groups during the crisis and super mortality among the working-age population in the disadvantaged territories even during non-crisis periods, while there is an opposite trend in the structure of suicide mortality in older ages. The general determinant patterns of the age structure of suicide mortality are distorted by its under-registration.

**Keywords:** *suicide; age structure of suicide mortality; latent suicide; suicide determinants*

**For citation:** Semyonova V.G., Ivanova A.E., Sabgaida T.P., Zubko A.V., Mikhailov A.Yu., Evdokushkina G.N., Zaporozhchenko V.G. Social and economic determinants of the age structure of mortality from suicide in Russia. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation)*. 2020; 64(5): 243-252. (In Russ.). <https://doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-5-243-252>

**For correspondence:** Victoria G. Semyonova, Dr. Sci. (Econ.), chief researcher of the Institute for Demographic Research — Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences 119333, Moscow, Russia. E-mail: [vika-home@yandex.ru](mailto:vika-home@yandex.ru)

### Information about the authors:

Semyonova V.G., <https://orcid.org/0000-0002-2794-1009>

Ivanova A.E., <https://orcid.org/0000-0002-0258-3479>

Sabgaida T.P., <https://orcid.org/0000-0002-5670-6315>

Zubko A.V., <https://orcid.org/0000-0001-8958-1400>

Mikhailov A.Yu., <https://orcid.org/0000-0001-9723-6228>

Evdokushkina G.N., <https://orcid.org/0000-0002-1389-2509>

Zaporozhchenko V.G., <https://orcid.org/0000-0002-6167-7379>

**Contribution:** Ivanova A.E., Semyonova V.G. — research concept and design; Zubko A.V., Evdokushkina G.N. — collection and processing of material; Semyonova V.G., Sabgaida T.P., Mikhailov A.Yu. — writing the text; Zaporozhchenko V.G. — compilation of the list of literature; Evdokushkina G.N. — statistical data processing; Ivanova A.E., Zaporozhchenko V.G. — editing.

All authors are responsible for the integrity of all parts of the manuscript and approval of the manuscript final version.

**Acknowledgments.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received: September 9, 2020

Accepted: September 22, 2020

Published: November 6, 2020

## Введение

Самоубийства являются одной из ведущих внешних причин смерти в постиндустриальном мире. В целом самоубийства составляют 50% всех смертей от насильственных причин среди мужчин и 71% среди женщин. По данным Всемирной организации здравоохранения, самоубийства в мире происходят каждые 40 секунд. Это за-

ставляет рассматривать предотвращение суицидов как глобальную задачу, актуальную для всего мира [1]. О значимости этой проблемы в России свидетельствует тот факт, что снижение смертности от самоубийств вошло в число приоритетов здоровья, отмеченных в Концепции демографического развития РФ на период до 2025 г. [2].

Уровень суицидальной смертности вызывает тревогу, особенно в настоящее время, когда пандемия коронави

руса не может не привести к кризисным явлениям в экономике, что, в свою очередь, способствует нарастанию депрессии в обществе, повышению рисков различных форм девиантного поведения. При этом нельзя забывать, что суициды, в отличие от большинства внешних причин, характеризуются очень широкой мотивацией, причем эти мотивы существенно детерминируются в зависимости от возраста суицидента [1, 3, 4 и др.].

Отметим, что, к сожалению, в постсоветский период Россия уже переживала социально-экономические кризисы, которые не могли не сказаться на суицидальной смертности, и ситуация в эти периоды может послужить базой, позволяющей выделить группы риска и детерминанты, обусловившие потери в момент кризиса. Именно поэтому особый интерес представляет картина суицидальной смертности в России в длительной ретроспективе (1989–2018 гг.).

**Целью** настоящего исследования является анализ суицидальной смертности в постсоветской России в контексте ее возрастных изменений и факторов, определяющих эти процессы. При этом особое внимание будет уделяться полноте учета и достоверности показателей суицидальной смертности.

### Материал и методы

Для анализа ситуации использованы данные Росстата за 1989–2018 гг., рассчитанные в системе ФАИСС-Потенциал (Фактографическая аналитическая информационно-статистическая система). Рассмотрены возрастные и стандартизованные (европейский стандарт возрастной структуры населения) показатели по причинам смерти в соответствии с МКБ-10.

### Результаты

Динамика суицидальной смертности российского населения синхронно отражает все перипетии отечествен-

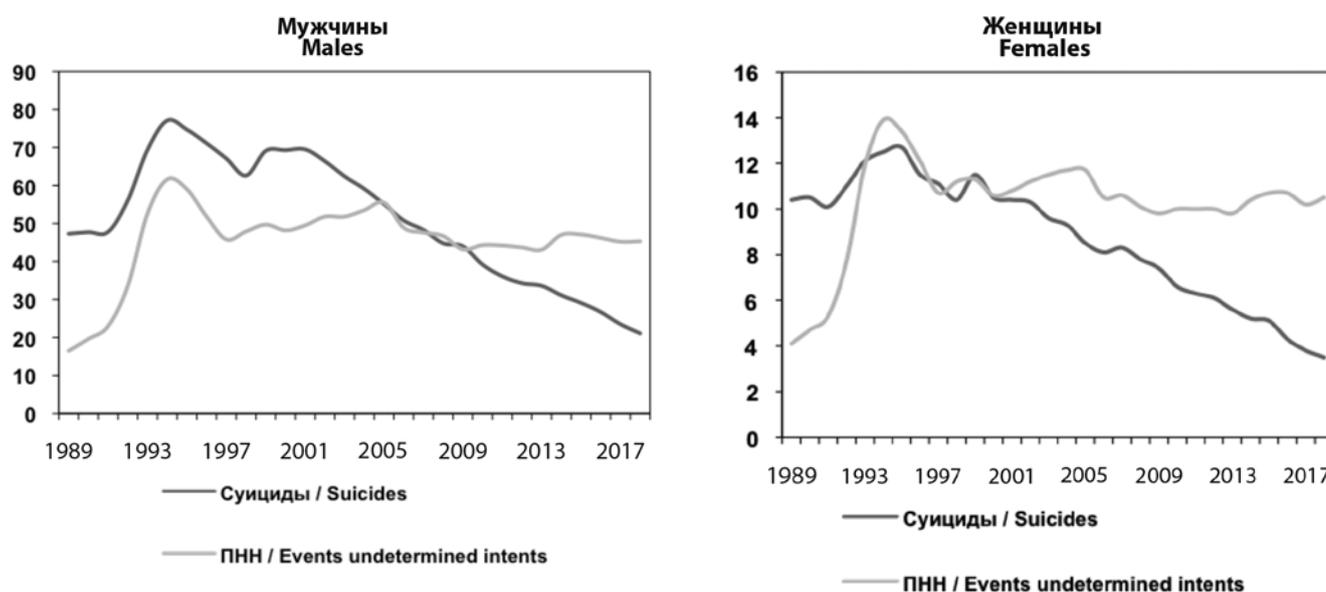
ной истории за последние 30 лет. Так, в последние советские годы (1989–1991 гг.) смертность от суицидов менялась крайне незначительно (рост на 1,1% в мужской популяции и снижение на 2,9% — в женской), однако первые постсоветские годы, в которые проводились реформы, ознаменовались крайне неблагоприятными сдвигами: суицидальная смертность российских мужчин выросла более чем на 60%, женщин — почти на четверть, и к середине 1990-х гг. показатели достигли максимальных значений, составив 77,1 и 12,7 на 100 тыс. соответствующего населения. Следующий экономический кризис — дефолт 1998 г. — синхронно обернулся ростом смертности на 10% за год в мужской и в женской популяциях. Однако в 2000-е гг. суицидальная смертность российского населения стабильно снижалась очень высокими темпами (в 3,3 раза в мужской популяции и в 3 раза — в женской), причем мировой экономический кризис 2008–2010 гг. практически не сказался на этих позитивных тенденциях (рис. 1).

Закономерным представляется вопрос об эволюции возрастного профиля суицидальной смертности российского населения в последние 30 лет.

Первое, что следует отметить, — это принципиальные гендерные различия как возрастного профиля смертности, так и его изменений в этот период (рис. 2).

Так, у мужчин в относительно благополучном 1989 г. отмечено достаточно последовательное увеличение смертности вплоть до 45 лет с выходом на плато в возрастном интервале 45–59 лет, затем небольшое снижение и повторный рост смертности после 70 лет с максимумом в самых старших возрастах.

В 1994 г., в период максимальных уровней суицидальной смертности, показатели последовательно росли с возрастом, достигнув ярко выраженного пика среди 50–54-летних, после чего снижались до локального минимума среди 70–74-летних с дальнейшим увеличением с



**Рис. 1.** Смертность населения России от суицидов и повреждений с неопределенными намерениями (ПНН) в 1989–2018 гг. (стандартизованный коэффициент на 100 тыс. населения).

**Fig. 1.** Mortality from suicide and event of undetermined intent in Russia, 1989–2018 (standardized coefficient per 100,000 population).

возрастом. Принципиальным представляется, что в 1994 г. максимальный по возрастной коэффициент суицидальной смертности российских мужчин среди 50–54-летних превысил таковой в старческих возрастах (138,4 против 132,2 на 100 тыс.). При этом следует отметить еще одно обстоятельство: если в трудоспособных возрастах темпы роста смертности в 1989–1994 гг. превысили 1,5 раза, то у мужчин старше 70 лет показатели 1989 и 1994 гг. оказались чрезвычайно близки.

Интересно, что в период следующего кризиса, обусловленного дефолтом (1999 г.), смертность 20–24-летних оказалась выше, чем даже в 1994 г., однако в более старших возрастах подобных «рекордов» не отмечено. Тем не менее в этот кризисный год также отмечено нарастание смертности с возрастом вплоть до 55–59 лет. Типичное для суицидов увеличение смертности с возрастом отмечается начиная с 75 лет.

Принципиально иную модель представляет возрастной профиль суицидальной смертности в период минимальных ее значений в 2018 г.: по возрастные показатели несколько увеличивались вплоть до 30 лет, среди 30–74-летних наблюдалась их стабилизация, затем — рост до максимума в самых старших возрастах.

В женской популяции возрастные профили 1989, 1994 и 1999 гг. довольно близки и характеризуются ростом смертности с возрастом. При этом в 1994 г. по возрастные коэффициенты превышали показатели 1999 г. на интервале 25–69 лет, но среди 20–24-летних женщин, как и у мужчин, показатели 1999 г. оказались почти на 20% выше, чем в 1994 г., а в старших возрастах (70–84 года) уровни смертности 1994 и 1999 гг. практически совпадали.

Возрастной профиль 2018 г. приобретает следующую форму: по возрастные показатели относительно стабильны вплоть до интервала 45–49 лет, затем незначительно снижаются в следующее 10-летие, после 60 лет наблюда-

ется их постепенное нарастание с максимумом в старческих возрастах.

Таким образом, можно констатировать, что в период кризисов возрастной профиль суицидальной смертности характеризуется выраженной гендерной спецификой. В мужской популяции — это плато сверхсмертности в трудоспособных возрастах с локальным (а иногда и абсолютным) максимумом в 50–59 лет, причем различия с некризисными периодами определяются прежде всего молодыми трудоспособными возрастами. В женской популяции «кризисный» возрастной профиль суицидальной смертности характеризуется устойчивым восходящим трендом без выраженных максимумов.

В период низких значений суицидальной смертности эти гендерные различия в значительной мере элиминируются: собственно, мужской спецификой является некоторый рост смертности до 30 лет, отсутствующий у женщин. Далее достаточно близкие по возрастные коэффициенты смертности, формирующие плато, наблюдаются до 75 лет у мужчин и до 60 лет у женщин, после чего смертность устойчиво растет с возрастом.

Снижение суицидальной смертности в 2000-е гг. определялось всем возрастным интервалом, однако максимальные темпы позитивных тенденций в мужской и женской популяциях определяются старшими трудоспособными и ранними пенсионными возрастами (45–74 года).

Насколько универсальными для России являются отмеченные изменения возрастного профиля суицидальной смертности? Ведь в России в 2018 г. у мужчин показатели варьируют почти 50-кратно — от 1,6 в Астраханской области до 78,6 в Республике Алтай, у женщин — от нулевых значений в Магаданской области и Северной Осетии до 23,7 в Чукотском АО на 100 тыс. соответствующего населения.

На первый взгляд, для ответа на вопрос о специфике возрастного профиля суицидальной смертности достаточ-

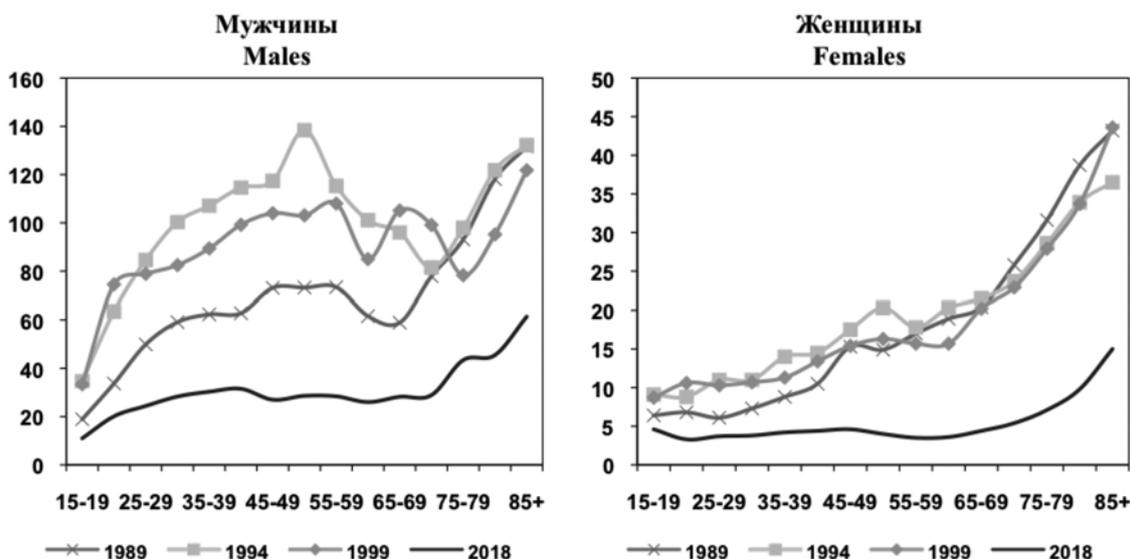


Рис. 2. Возрастной профиль смертности населения России от суицидов в 1989–2018 гг. (повозрастной коэффициент на 100 тыс. населения).

Fig. 2. Age structure of mortality from suicide in Russia, 1989–2018 (age-standardized death rate per 100,000 population).

**Таблица 1. Динамика смертности от официально зарегистрированных, латентных и реальных (оценка) суицидов, а также латентная компонента суицидальной смертности населения России в 2011–2018 гг.**

**Table 1. Dynamics in mortality from officially registered, latent and actual (estimated) suicides in Russia, as well as the latent suicide component, 2011–2018**

Год Year	Зарегистрированные суициды Registered suicides		Латентные суициды Latent suicides		Реальные суициды (оценка) Actual suicides (estimated)		Латентная компонента суицидальной смертности, % Latent suicide component, %	
	стандартизованный коэффициент на 100 тыс. населения standardized coefficient per 100,000 population						мужчины males	женщины females
	мужчины males	женщины females	мужчины males	женщины females	мужчины males	женщины females		
2011	36,1	6,3	8,2	2,2	44,3	8,5	18,5	25,9
2012	34,3	6,1	9,7	2,4	44	8,5	22,0	28,2
2013	33,6	5,6	10,1	2,4	43,7	8	23,1	30,0
2014	31,1	5,2	11,5	2,9	42,6	8,1	27,0	35,8
2015	29,1	5,1	12,1	3	41,2	8,1	29,4	37,0
2016	26,7	4,3	12,1	3	38,8	7,3	31,2	41,1
2017	23,5	3,8	12,4	3	35,9	6,8	34,5	44,1
2018	21,1	3,5	12,3	3	33,4	6,5	36,8	46,2

но выделить эти полюсные территории и сравнить траектории возрастного распределения смертности. Однако в контексте подходов к учету смертности, сформировавшихся в России в постсоветский период, выделение ареалов благополучия и неблагополучия по потерям от самоубийств становится отдельной исследовательской задачей.

Нельзя забывать, что реальные масштабы самоубийств не могут быть оценены только по официальным данным (коды МКБ-10 X60–X84), не учитывая блока ПНН (коды МКБ-10 Y10–Y34)<sup>1</sup>.

Снижение смертности от ПНН существенно уступает таковому от самоубийств: во всяком случае, в 2000-е гг. смертность от этих размытых причин в России у мужчин снизилась на 6%, у женщин — на 0,9% (против снижения суицидальной смертности в 3,3 и 3 раза соответственно) (рис. 1). Более того, если в 1989 г. смертность от суицидов превышала потери от ПНН в 2,9 раза у мужчин и в 2,5 раза у женщин, то за последующие 30 лет ситуация изменилась зеркально: смертность от ПНН превышает суицидальную у мужчин с 2010 г., а у женщин — с 2002 г., причем это превышение последовательно и стабильно нарастает, и в 2018 г. потери от ПНН превысили суицидальные в 2,1 раза в мужской популяции и в 3 раза — в женской.

В настоящее время предложена методика оценки латентных суицидов среди ПНН, основанная на сходстве механизмов реализации этих инцидентов<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Согласно МКБ-10, «этот блок включает случаи, когда доступной информации не достаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждений», т.е. по условию подразумевает латентные самоубийства. Более того, по мнению ряда исследователей, в западноевропейских странах этот блок формируется в первую очередь за счет латентных самоубийств [1, 5–13].

<sup>2</sup>Согласно этой методике, к латентным суицидам с высокой степенью вероятности относятся повешения (Y20), прыжки/падения с высоты (Y30) и лекарственные отравления (Y10–Y11, Y13–Y14) с неопределенными намерениями [14–16]. К сожалению, учет этих инцидентов оказался возможен только с изменением краткой номенклатуры причин смерти, принятой в России в 2011 г.

Оказалось, во-первых, что в 2011–2018 гг. смертность от латентных суицидов (скрытых среди диагнозов ПНН) у российских мужчин выросла в 1,5 раза, у женщин — на 36,4%, латентная компонента суицидальной смертности в этот период существенно возросла, и в настоящее время оценочная смертность от суицидов превышает официальные показатели на 58,3% у мужчин и на 85,7% у женщин (табл. 1).

Подчеркнем, что приведенные данные следует рассматривать как сугубо оценочные, а ПНН — как потенциальный резервуар латентных суицидов. Тем не менее авторы считают, что приведенные показатели гораздо ближе к реальности, нежели официальные данные, и пренебречь ими при выделении полюсных по уровню суицидальной смертности групп территорий будет явно некорректно.

Следует учитывать также, что, помимо ПНН, существует еще один резервуар размытых причин смерти — это класс «Симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний». Отметим, что в России потери трудоспособного населения от этих причин практически полностью формируются за счет одного диагноза — «Причина смерти не установлена» (R99). При этом анализ актов судебно-медицинской экспертизы показал, что среди закодированных подобным образом инцидентов встречались явные суициды [14, 17–20].

Чтобы избежать подобного рода статистических артефактов, было предложено исключить из полюсных ареалов территории, где смертность от латентных суицидов превышает потери от официально зарегистрированных инцидентов, с одной стороны, и, с другой, — где смертность от неточно обозначенных состояний среди трудоспособного населения<sup>3</sup> выше среднероссийской.

Ареалы благополучия и неблагополучия формировались из 20 территорий с минимальным и максимальным

<sup>3</sup>Ограничение по населению трудоспособного возраста обусловлено тем, что в старших возрастах под неточно обозначенными состояниями маскируются преимущественно соматические заболевания.

уровнями смертности от официально зарегистрированных суицидов. При этом оказалось, что из 20 территорий ареала благополучия в мужской популяции приведенным выше достаточно обоснованным критериям соответствовали только 2 (Краснодарский край и Курская область), в женской — 4 (Краснодарский край, Курская, Брянская и Орловская области). При этом формально соответствующие приведенным критериям Республики Дагестан и Кабардино-Балкария в ареале благополучия не учитывались в силу недостаточной надежности данных по смертности в них. Подчеркнем, что основной проблемой оставшихся территорий оказалось превышение потерь от латентных суицидов над официально зарегистрированными.

Из 20 регионов с максимальными уровнями суицидальной смертности в ареал неблагополучия были включены 3 территории у мужчин (Республика Удмуртия, Пермский край, Оренбургская область) и 4 — у женщин (Республики Алтай и Коми, Пермский край и Архангельская область). При выборе территорий основным критерием исключения из ареала благополучия явились высокие уровни смертности от неточно обозначенных состояний среди трудоспособного населения.

На основе данных по выбранным территориям рассчитаны средние уровни суицидальной смертности в ареалах благополучия и неблагополучия, которые составили в 2018 г. 12,8 против 46,1 в мужской и 2,1 против 7,6 в женской популяции на 100 тыс. соответствующего населения. Таким образом, разброс суицидальной смертности между ареалом благополучия и неблагополучия сократился до вполне разумных 3,6 раза в мужской и 3,7 раза в женской популяции.

Крайне интересным представляется сравнение возрастного профиля в ареалах благополучия и неблагополучия (рис. 3).

Оказалось, что у мужчин и женщин ареала неблагополучия закономерности формирования возрастного распределения суицидальной смертности во многом соответствуют общероссийской траектории в кризисный период: так, показатели увеличивались с возрастом до максимума у 40–44-летних, затем снижались к возрасту 60–64 года. У женщин как рост, так и снижение было менее последовательным и выраженным в сравнении с мужчинами. Спецификой ареала неблагополучия 2018 г. является крайне резкое возрастание рисков в пожилых и старческих (после 70 лет у женщин и 75 лет у мужчин) возрастах.

В ареале благополучия у мужчин наблюдался рост смертности в молодых возрастах с выходом на плато, охватывающим возрастную период 35–64 года. После 70 лет смертность увеличивалась до максимума в самой старшей возрастной группе. Возрастной профиль женщин ареала благополучия характеризуется относительно стабильными показателями в возрастном диапазоне 15–59 лет и последующим ростом до максимума в старческих возрастах.

В целом можно констатировать, что возрастной профиль смертности и в ареале благополучия, и в неблагополучных территориях характеризуется высоким гендерным сходством, что свидетельствует о наличии универсальных социально-экономических детерминант, определяющих возрастную траекторию суицидальной смертности мужчин и женщин.

Следует учесть также, что и в мужской, и в женской популяции превышение смертности в ареале благополучия формируется на всем возрастном интервале, однако максимальные отличия отмечены в интервале 20–50 лет.

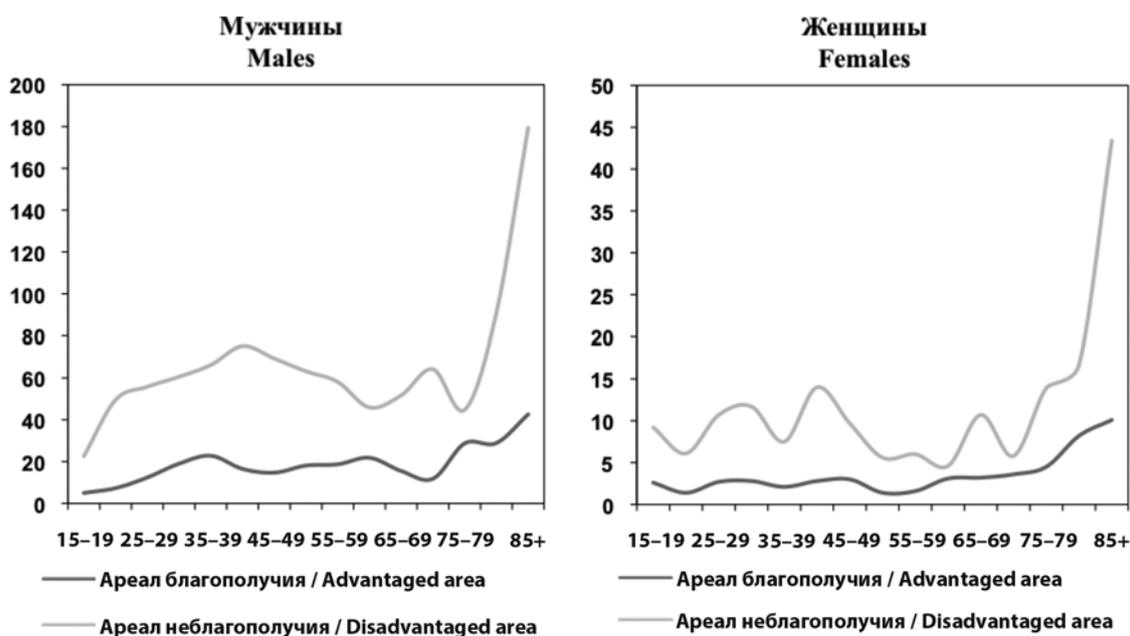


Рис. 3. Возрастной профиль смертности от суицидов населения ареалов благополучия и неблагополучия России в 2018 г. (повозрастной коэффициент на 100 тыс. населения).

Fig. 3. Age structure of suicide mortality in the Russian advantaged and disadvantaged areas in 2018 (age-standardized death rate per 100,000 population).

## Обсуждение

Обсуждая результаты анализа потерь от самоубийств в России за последние 30 лет, следует отметить несколько дискуссионных моментов.

Первый из них касается вопроса о реальных масштабах суицидальной смертности, что, в свою очередь, является частью гораздо более широкой проблемы качества данных по смертности в нашей стране.

Об объективности указанной проблемы — а именно, огромного недоучета суицидальной смертности — свидетельствует сопоставление регионов по уровню смертности от официально зарегистрированных самоубийств и латентных суицидов (повешений, падений/прыжков с высоты и лекарственных отравлений). Выше было показано, что полюсные группы этих регионов являются зеркальными — регионы с низкой смертностью от самоубийств характеризуются высокой латентной суицидальной компонентой.

Сразу укажем, что в контексте внешних причин вопрос об основной причине смерти определяется не медиками, а представителями правоохранительных органов, и приводится в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы (СМЭ), т.е. предвзвешивает посмертное исследование. Безусловно, в дальнейшем правоохранительными органами, в том числе на основании данных СМЭ, может быть установлена точная причина смерти (например, суицид), однако правоохранительные органы о результатах своих расследований СМЭ не информируют. Поэтому в медицинском свидетельстве о смерти в п. 15 предусматривается, помимо очевидных инцидентов (несчастный случай, связанный и не связанный с производством, убийство и самоубийство), указание на признак «род смерти не установлен».

Однако, даже если бы практика информирования СМЭ со стороны правоохранительных органов существовала, то качество данных это бы не улучшило. Существующая в настоящее время в России законодательная и нормативно-правовая база попросту не предусматривает обязательно внесение изменений из окончательных свидетельств о смерти в базу данных органов статистики.

Подобная ситуация приобретает масштабы, ставящие под сомнение и официальные уровни суицидальной смертности, и ее тенденции, особенно сверхвысокие темпы этих позитивных тенденций.

Решить накопившиеся вопросы, на наш взгляд, может не только комплексная работа правоохранительных органов, СМЭ и статистических служб, но и изменение законодательной и нормативно-правовой базы регистрации смертей от внешних причин, в том числе от самоубийств.

Второй вопрос, требующий особого обсуждения, — это изменение возрастного профиля суицидальной смертности в зависимости от ее уровня.

Отметим, что в современном мире, при всем разнообразии обстоятельств, определяющих суицидальное поведение, основным фактором, обуславливающим суицидальные риски, в глобальном масштабе является уровень социально-экономического благополучия населения. Так, по оценкам ВОЗ, максимальные уровни смертности от са-

моубийств и в мужской, и в женской популяции отмечены в регионах с низким и средненизким уровнями доходов. Крайне интересно, что наиболее благополучной оказалась ситуация в регионах не с самыми высокими, а со средне-высоким уровнем доходов, где на фоне минимальных показателей отмечены также минимальные гендерные различия в суицидальной смертности [1].

При этом современной моделью возрастного профиля суицидальной смертности в благополучных регионах являются относительно низкие значения показателей в молодых и средних возрастах с ростом их в старших и особенно старческих возрастах.

Однако в ряде постиндустриальных государств в настоящее время отмечается некоторое снижение показателей в самой старшей возрастной группе (70 лет и старше), причем чаще этот феномен отмечался в женской популяции. Так, у лиц обоего пола в 2012 г. подобная ситуация сложилась в Канаде, Нидерландах, Норвегии, Швеции, где максимальные показатели были отмечены среди 50–69-летних; в женской популяции максимальные показатели среди 50–69-летних наблюдались в Австралии, Бельгии, Дании, Израиле, США, Франции, Швейцарии. Следует отметить, что наиболее специфическим выглядит возрастной профиль Великобритании, Ирландии и Исландии: в Великобритании максимум суицидальной смертности наблюдался среди 30–49-летних, в Ирландии и Исландии — среди мужчин 30–49 лет и женщин 50–69 лет [1].

Сразу отметим, что подобное возрастное распределение является исключением в странах с высоким (или средневысоким) уровнем социально-экономического развития, гораздо чаще оно встречается в неблагополучных в этом отношении государствах, характеризующихся не только неблагополучием в социально-экономической сфере, но и отсутствием достоверной статистики смертности (например, Ангола, Боливия, Индия, Маврикий, Никарагуа, женщины Гватемалы, Гондураса, Колумбии, Перу, Эквадора) [1].

К сожалению, 1990-е гг. дали России возможность проанализировать модели возрастного профиля суицидальной смертности в периоды кризиса. Принципиальной закономерностью подобных сдвигов у мужчин представляется резкое возрастание потерь в трудоспособных возрастах. Причем если в период социально-экономической турбулентности (1989 г.) — это выход на плато в старших трудоспособных возрастах, то в период острого системного кризиса (1994 г.) — это ярко выраженный абсолютный максимум. В этот период суицидальная смертность 50–54-летних мужчин оказалась выше, чем в старческих возрастах, что является безусловной аномалией возрастного распределения суицидальной смертности. Особо подчеркнем, что в старших возрастах повозрастные показатели 1989 и 1994 гг. практически не различались.

Отметим, что в период следующего кризиса (1999 г.) ситуация, хотя и характеризовалась сходными закономерностями, но выглядела более сглаженной: максимум в старших трудоспособных возрастах хотя и сформировался, но был, во-первых, менее отчетливым, во-вторых, локальным: хотя смертность в старших (80–84 года) возрастах оказалась ниже, чем среди 55–59-летних, но в стар-

ческих (85 лет и старше) все-таки превысила последнюю, хотя и достаточно незначительно (на 12,7%).

И в этом контексте крайне интересным является близость возрастного профиля суицидальной смертности современного ареала неблагополучия с возрастным распределением 1990-х гг. Специфической чертой современного ареала неблагополучия является крайне высокая смертность в старческих возрастах, превысившая показатели кризисных лет.

Современный возрастной профиль российской суицидальной смертности и возрастные профили мужской и женской популяций ареала благополучия развиваются по классической модели: у мужчин наблюдается некоторый рост показателей в молодых возрастах с последующим выходом на плато и ростом в старших возрастах, у женщин по возрасту показатели относительно стабильны в молодых и средних возрастах и возрастают в старших возрастах.

Сопоставляя эволюцию суицидальной смертности и ее возрастного профиля с происходящими в стране сдвигами, нельзя не отметить, что возрастные детерминанты несут отчетливый социальный вектор: системный кризис, обусловленный гайдаровскими реформами, больше всего ударил по трудоспособному населению, причем по трудоспособным людям старших возрастов, у которых, на фоне всеобщего обнищания, не осталось надежд на адаптацию в зеркально изменившихся реалиях России, что и привело к пику самоубийств в этих возрастах. Близкая ситуация сложилась и в 1999 г., однако особенностью этого периода оказался подъем смертности 65–69-летних, переживших середину 1990-х гг., но не поверивших в возможность каких-то дальнейших позитивных социально-экономических сдвигов.

Судя по сходству возрастного профиля суицидальной смертности в современном ареале неблагополучия с возрастным распределением в кризисные периоды, с высокой степенью вероятности можно предположить, что группы с повышенной смертностью — это страды, по тем или иным причинам не нашедшие места в экономической и социальной жизни регионов и, вследствие объективных или субъективных факторов, не способные изменить эти обстоятельства.

Что касается роста суицидальной смертности в старших возрастах, то здесь, помимо перипетий новейшей российской истории, имеют место глобальные факторы, характерные для всего цивилизованного мира, — одиночество, болезни, связанная с ними беспомощность. В связи с этим важно обратить внимание на снижение смертности в старших возрастах в ряде развитых стран, преимущественно с сильной социальной политикой.

Обсуждая суицидальную смертность в России, нельзя не указать на еще одно, крайне важное для нашей страны обстоятельство — связь суицидов с алкоголизацией населения: значительная часть самоубийств реализовывалась в состоянии алкогольного опьянения. Весьма наглядным представляется тот факт, что максимум суицидальной смертности, зафиксированный в середине 1990-х гг., совпал с максимумом смертности от алкогольных отравлений [21].

Это заставляет проявлять крайнюю настороженность в связи с возможным экономическим кризисом, обусловленным пандемией COVID-19, в первую очередь, безработицей и обеднением населения. Укажем, что недавний экономический кризис 2008 г. привел к росту самоубийств в 27 европейских и 18 американских странах, особенно в мужской популяции. Причем если в Европе максимально выросла суицидальная смертность среди мужчин младших возрастов, то в Америке — среди старших трудоспособных возрастов (15–24 и 45–64 лет соответственно), что связывают прежде всего с потерей работы [22].

Подчеркнем, что кризис 1990-х гг. в России, носивший существенно более системный, острый и затяжной характер, привел к катастрофическим социально-экономическим сдвигам, обернувшимся пагубными для здоровья населения последствиями, обусловленными маргинализацией значительной части российского населения [23–27]. В контексте суицидов напомним, что в 1994 г., на фоне максимальных уровней смертности, возрастной профиль смертности российских мужчин приобрел сходство с показателями таких стран, как Боливия или Никарагуа.

Это представляется вполне закономерным: на фоне маргинализации формируется своеобразная субкультура бедных, сопряженная со всеми формами девиантного поведения, в том числе алкоголизмом и, как крайней формой, — самоубийствами [28, 29].

Особую тревогу в этом контексте вызывают экономически депрессивные регионы: с высокой степенью вероятности можно предположить, что, помимо потерь от эпидемии, в этих регионах повысятся риски всех форм девиантного поведения, в том числе суицидов. При этом, как показала история России 1990-х гг., а также современная ситуация в ареале неблагополучия, группой риска, помимо лиц старческих возрастов, опять окажутся трудоспособные — основной экономический, социальный и, что крайне важно для России, репродуктивный потенциал нации.

## Выводы

Динамика смертности от суицидов в постсоветской России определялась происходящими в ней социально-экономическими изменениями, о чем свидетельствует рост показателей до максимума в середине 1990-х гг., возобновление негативных тенденций вследствие дефолта 1998 г., формирование позитивной динамики в начале 2000-х гг.

Социальная детерминация суицидальной смертности находит отражение в ее возрастном профиле: существенном возрастании риска суицида в трудоспособных возрастах в кризисные периоды и сохранении сверхсмертности трудоспособного населения в неблагополучных территориях даже во внекризисные периоды.

Значимость социально-экономических детерминант проявляется также в суицидальной смертности лиц пожилого и старческого возраста, для которых ведущими и универсально значимыми являются медико-психологические факторы: ухудшение здоровья и одиночество. Вместе с тем смертность в этих возрастах ниже во внекризисные периоды и в социально благополучных территориях.

Общие закономерности детерминации возрастного профиля смертности от самоубийств искажаются ее недоучетом. Об этом свидетельствуют сверхвысокие темпы снижения в 2000-е гг. суицидальной смертности в стране на фоне аномально высокого уровня и темпов роста смертности от ПНН, куда по условию входят латентные самоубийства. В результате в настоящее время оценочная смертность от суицидов превышает официальные показатели на 58,3% у мужчин и 85,7% у женщин, а в мужской популяции 23 регионов и женской популяции 28 регионов России латентная суицидальная смертность превышает официально зарегистрированную.

#### ЛИТЕРАТУРА

- ВОЗ. Предотвращение самоубийств: глобальный императив; 2014. Available at: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/ru/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/ru/)
- Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025. Available at: <https://base.garant.ru/191961/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33>
- Durkheim E. *Le Suicide, etude de sociologie*. Alcan; 1897.
- Гилинский Я.И. *Девiantология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений»*. СПб.: Юридический центр Пресс; 2004.
- Васин С.А. Смертность от повреждений с неопределенными намерениями в России и в других странах. *Демографическое обозрение*. 2015; 2(1): 89–124.
- Юмагузин В.В., Винник М.В. Оценка реального уровня убийств и самоубийств в регионах России. *Социологические исследования*. 2019; 1: 116–26. <https://doi.org/10.31857/S013216250003753-1>
- Björkenstam C., Johansson L.A., Nordström P., Thiblin I., Fugelstad A., Hallqvist J, et al. Suicide or undetermined intent? A register-based study of signs of misclassification. *Popul. Health Metr.* 2014; 12: 11. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-12-11>
- Breiding M.J., Wiersma B. Variability of undetermined manner of death classification in the US. *Inj. Prev.* 2006; 12 (Suppl. 2): ii49–54. <https://doi.org/10.1136/ip.2006.012591>
- Castro E.F., Pimenta F., Martins I. The truth about suicide in Portugal. *Acta Psychiatr. Scand.* 1989; 80(4): 334–9. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb02989.x>
- Gjertsen F., Johansson L.A. Changes in statistical methods affected the validity of official suicide rates. *J. Clin. Epidemiol.* 2011; 64(10): 1102–8. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.12.015>
- Hofer P., Rockett I.R.H., Varnik P., Eترزдорфер E., Kapusta N.D. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: Undercounting amidst a hanging epidemic? *BMC Public Health.* 2012; 12(644): 1–9.
- Kapusta N.D., Tran U.S., Rockett I.R.H., De Leo D., Naylor C.P., Niederkrotenthaler T., et al. Declining autopsy rates and suicide misclassification: A cross-national analysis of 35 countries. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2011; 68(10): 1050–7. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.66>
- Rockett I.R., Kapusta N.D., Bhandari R. Suicide misclassification in an international context: revisitation and update. *Suicidology Online.* 2011; 2: 48–61.
- Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., Запороженко В.Г., Землянова Е.В., Никитина С.Ю. Факторы искажения структуры причин смерти трудоспособного населения России. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2013; (4): 1.
- Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., Антонова О.И., Никитина С.Ю., Евдокушкина Г.Н. и др. *Смертность российских подростков от самоубийств*. М.; 2011.
- Семенова В.Г., Никитина С.Ю., Гаврилова Н.С., Запороженко В.Г. Проблемы учета смертности от внешних причин. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2017; 61(4): 202–12. <https://doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-4-202-212>
- Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. Качество медико-статистических данных как проблема современного российского здравоохранения. *Общественное здоровье и профилактика заболеваний*. 2004; (2): 11–9.
- Семенова В.Г., Антонова О.И. Достоверность статистики смертности (на примере смертности от травм и отравлений в Москве). *Социальные аспекты здоровья населения*. 2007; (2): 2.
- Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Dubrovina E.V., Evdokushkova G.N., Ivanova A.E., Gavrilov L.A. Russian mortality Crisis and the Quality of vital statistics. *Popul. Res. Policy Rev.* 2008; 27: 551. <https://doi.org/10.1007/s11113-008-9085-6>
- Андреев Е.М. Плохо определенные и точно не установленные причины смерти в России. *Демографическое обозрение*. 2016; 3(2): 103–42.
- Немцов А.В. *Алкогольная история России. Новейший период*. М.: URSS; 2009.
- Chang Sh.S., Stuckler D., Yip P., Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ.* 2013; 347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>
- Иванова А.Е., Семенова В.Г. Новые явления российской смертности. *Народонаселение*. 2004; 3: 85–93.
- Семенова В.Г. *Обратный эпидемиологический переход в России*. М.; 2005.
- Shapiro J. The Russian mortality crisis and its causes. In: *Economic Reform at Risk*. London; 1995: 149–78.
- Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванова А.Е., ред. *Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы*. М.: Медицина; 2003.
- Максимова Т.М. *Социальный градиент в формировании здоровья населения*. М.; 2005.
- Тощенко Ж.Т. *Социология*. М.: Прометей; Юрайт-М; 2001.
- Lewis O. *The Culture of poverty. Poverty in America*. Ann Arbor: University of Michigan press; 1965.

#### REFERENCES

- WHO. Preventing suicide: A global imperative; 2014. Available at: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)
- The concept of demographic policy of the Russian Federation for the period until 2025. Available at: <https://base.garant.ru/191961/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33> (in Russian)
- Durkheim E. *Le Suicide, etude de sociologie*. Alcan; 1897.
- Gilinskiy Ya.I. *Deviantology: the Sociology of Crime, Narcotism, Prostitution, Suicide and Other «Deviations» [Deviantologiya: sotsiologiya prestupnosti, narkotizma, prostitutsii, samoubiystv i drugikh «otkloneniya»]*. St. Petersburg: Yuridicheskiy tsentr Press; 2004. (in Russian)
- Vasin S.A. Mortality from undetermined causes of death in Russia and in a selected set of countries. *Demograficheskoe obozrenie*. 2015; 2(1): 89–124. (in Russian)
- Yumaguzin V.V., Vinnik M.V. Assessment of the real rates of homicides and suicides in the regions of Russia. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2019; 1: 116–26. <https://doi.org/10.31857/S013216250003753-1> (in Russian)
- Björkenstam C., Johansson L.A., Nordström P., Thiblin I., Fugelstad A., Hallqvist J, et al. Suicide or undetermined intent? A register-based study of signs of misclassification. *Popul. Health Metr.* 2014; 12: 11. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-12-11>
- Breiding M.J., Wiersma B. Variability of undetermined manner of death classification in the US. *Inj. Prev.* 2006; 12 (Suppl. 2): ii49–54. <https://doi.org/10.1136/ip.2006.012591>
- Castro E.F., Pimenta F., Martins I. The truth about suicide in Portugal. *Acta Psychiatr. Scand.* 1989; 80(4): 334–9. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb02989.x>
- Gjertsen F., Johansson L.A. Changes in statistical methods affected the validity of official suicide rates. *J. Clin. Epidemiol.* 2011; 64(10): 1102–8. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.12.015>
- Hofer P., Rockett I.R.H., Varnik P., Eترزдорфер E., Kapusta N.D. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: Undercounting amidst a hanging epidemic? *BMC Public Health.* 2012; 12(644): 1–9.
- Kapusta N.D., Tran U.S., Rockett I.R.H., De Leo D., Naylor C.P., Niederkrotenthaler T., et al. Declining autopsy rates and suicide

- misclassification: A cross-national analysis of 35 countries. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2011; 68(10): 1050–7. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.66>
13. Rockett I.R., Kapusta N.D., Bhandari R. Suicide misclassification in an international context: revisitation and update. *Suicidology Online*. 2011; 2: 48–61.
  14. Ivanova A.E., Sabgayda T.P., Semenova V.G., Zaporozhchenko V.G., Zemlyanova E.V., Nikitina S.Yu. Factors distorting death causes structure in working population in Russia. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2013; (4): 1. (in Russian)
  15. Ivanova A.E., Sabgayda T.P., Semenova V.G., Antonova O.I., Nikitina S.Yu., Evdokushkina G.N., et al. *Mortality of Russian Teenagers from Suicide [Smertnost' rossiyskikh podrostkov ot samoubiystv]*. Moscow; 2011. (in Russian)
  16. Semenova V.G., Nikitina S.Yu., Gavrilova N.S., Zaporozhchenko V.G. The problems of registration of death because of external causes. *Zdravookhranenie Rossiyskoy Federatsii*. 2017; 61(4): 202–12. <https://doi.org/10.18821/0044-197X-2017-61-4-202-212> (in Russian)
  17. Semenova V.G., Gavrilova N.S., Evdokushkina G.N., Gavrilov L.A. Quality of Medical Statistics Data as a Problem of the Russian Current Public Health. *Obshchestvennoe zdorov'e i profilaktika zabol-evaniy*. 2004; (2): 11–9. (in Russian)
  18. Semenova V.G., Antonova O.I. Reliability of mortality statistics (on the example of mortality from injuries and poisoning in Moscow). *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2007; (2): 2. (in Russian)
  19. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Dubrovina E.V., Evdokushkina G.N., Ivanova A.E., Gavrilov L.A. Russian mortality Crisis and the Quality of vital statistics. *Popul. Res. Policy Rev*. 2008; 27: 551. <https://doi.org/10.1007/s11113-008-9085-6>
  20. Andreev E.M. Ill-defined and unspecified causes of death in Russia. *Demograficheskoe obozrenie*. 2016; 3(2): 103–42. (in Russian)
  21. Nemtsov A.V. *Alcoholic History of Russia. The Latest Period [Alkogol'naya istoriya Rossii. Noveyshiy period]*. Moscow: URSS; 2009. (in Russian)
  22. Chang Sh.S., Stuckler D., Yip P., Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013; 347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>
  23. Ivanova A.E., Semenova V.G. New features of the Russian mortality. *Narodonaselenie*. 2004; 3: 85–93. (in Russian)
  24. Semenova V.G. *Reverse Epidemiological Transition in Russia [Ob-ratnyy epidemiologicheskyy perekhod v Rossii]*. Moscow; 2005. (in Russian)
  25. Shapiro J. The Russian mortality crisis and its causes. In: *Economic Reform at Risk*. London; 1995: 149–78.
  26. Starodubov V.I., Mikhaylova Yu.V., Ivanova A.E., eds. *The Health of the Population of Russia in the Social Context of the 90s: Problems and Prospects [Zdorov'e naseleniya Rossii v sotsial'nom kontekste 90-kh godov: problemy i perspektivy]*. Moscow: Meditsina; 2003. (in Russian)
  27. Maksimova T.M. *Social Gradient in the Formation of Public Health [Sotsial'nyy gradient v formirovaniy zdorov'ya naseleniya]*. Moscow; 2005. (in Russian)
  28. Toshchenko Zh.T. *Sociology [Sotsiologiya]*. Moscow: Prometey: Yurayt-M; 2001. (in Russian)
  29. Lewis O. *The Culture of poverty. Poverty in America*. Ann Arbor: University of Michigan press; 1965.